കേരളത്തിന് ഒരു ആരോഗ്യനയം

കരടുരേഖ



കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്

കേരളത്തിന് ഒരു ആരോഗ്യനയം ○ പ്രസിദ്ധീകരണം, വിതരണം : കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്, കോഴിക്കോട് 673002 ○ അച്ചടി: സ്വരാജ് പ്രസ് ആൻറ് പബ്ലിക്കേഷൻസ്, തിരുവനന്തപുരം 39 ○ ഒന്നാം പതിപ്പ്: 1992 ഡിസംബർ

KSSP 0617 IE December 92 D 1/8 IK LL 11/92

സമൂഹത്തിൽ ഏററവുമധികം പേർക്ക് ഏററവുമധികം പ്രയോജനം ചെയ്യുക എന്നതായിരിക്കണം ആരോഗ്യനയ രൂപീകരണത്തിൻെറ ലക്ഷ്യം. ഒരു ദേശീയ ആരോഗ്യനയം ഉണ്ടെന്നിരിക്കിലും, നമ്മുടെ രാജ്യത്തിൻെറ വിസ്തൃതിയും നാനാത്വവും പരിഗണിക്കുമ്പോൾ പ്രാദേശികമായ നയരൂപ രേഖകൾ ആവശ്യമാണ്. കേരളത്തെപ്പോലെ മററു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നിന്നും തികച്ചും വ്യത്യസ്തമായ ആരോഗ്യ സൂചികകളുള്ള ഒരു പ്രദേശത്തിന് ഇതു പ്രത്യേകം പ്രസക്തമാണ്.

അടിസ്ഥാന ആരോഗ്യ സൂചികകളിൽ കേരളത്തിലുണ്ടായിട്ടുള്ള മുന്നേററം അത്ഭുതകരമാണ്. അടുത്ത കാലത്തെ കണക്കുകൾ പറയുന്നത് കേരളത്തിൻെറ മരണനിരക്ക് 5.9, ശിശുമരണനിരക്ക് 22/1000, പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം പുരുഷൻമാർക്ക് 67 വയസ്സ്, സ്ത്രീകൾക്ക് 70 വയസ്സ് എന്നിങ്ങനെയാണ്. ഭാരതത്തിലാകമാനം ഈ കണക്കുകൾ യഥാക്രമം 10.5, 94, 56, 57 എന്നിവയാണ്. കേരളം അങ്ങനെ ഇതര സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നിന്നു മാത്രമല്ല, ഒട്ടു വളരെ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നുപോലും ആരോഗ്യകാര്യത്തിൽ വേർതിരിഞ്ഞു നിൽക്കുന്നു. ആരോഗ്യ സൂചികകളുടെ കാര്യത്തിൽ ചൈന, ക്യൂബ, ശ്രീലങ്ക, കോസ്ററാറിക്ക തുടങ്ങിയ "ഉന്നത സ്ഥാനീയരോ" ടൊപ്പമാണ് കേരളവും. ഈ സമൂഹങ്ങൾക്കൊക്കെത്തന്നെ പൊതുവായുള്ള ചില സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ മാനങ്ങളുണ്ട്: താണ ജനനനിരക്കും മരണ നിരക്കും, ഉയർന്ന പ്രതീക്ഷിത ആയുർ ദൈർഘ്യം, നഗരങ്ങളും ഗ്രാമങ്ങളും തമ്മിൽ സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകളിലുള്ള വിടവ് ഇല്ലാതിരിക്കൽ, താണ അംഗവൈകല്യ നിരക്ക് എന്നിവയാണ് ഇവയിൽ ചിലത്. ഈ മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യ സ്ഥിതിക്ക് കാരണമായി സാമൂഹ്യ ശാസ്ത്രജ്ഞൻമാർ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത്, ഉയർന്ന സ്ത്രീ സാക്ഷരത, ഭൂപരിഷ്കരണ നിയമങ്ങൾ, മെച്ചപ്പെട്ട റോഡുകളും വാർത്താവിനിമയ സൗകര്യവും പൊതു വിതരണ സമ്പ്രദായവും, ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ മെച്ചപ്പെട്ട പ്രവർത്തനം, സാമൂഹ്യ രാഷ്ട്രീയപ്രസ്ഥാനങ്ങളുടെ പ്രഭാവം, സംസ്ഥാനത്തിൻെറ മൊത്തത്തിലുള്ള നാഗരിക സ്വഭാവം എന്നിങ്ങനെ പലതുമാണ്.

എന്നാൽ രോഗാതുരതയുടെ ആധിക്യം നേരത്തെ പറഞ്ഞ ചിത്രത്തിനു ഭംഗം വരുത്തുന്നു. 1987ൽ കേരള ശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്തിൻെറ സർവേ പ്രകാരം രണ്ടാഴ്ചക്കാലത്തിനിടക്ക്

രോഗാതുരരായിരുന്നവരുടെ നിരക്ക് ആയിരത്തിന് 206 ആയിരുന്നു. ദീർഘസ്ഥായി രോഗങ്ങളുടെ നിരക്ക് ആയിരത്തിന് 138 ഉം. പരിഷത്ത് സർവേ രോഗാതുരതയുടെ ദ്വന്ദ്വസ്വഭാവവും പുറത്തുകൊണ്ടുവന്നു: അതായത് പട്ടിണിയുടേയും ദാരിദ്ര്യത്തിൻേറയും രോഗങ്ങളോടൊപ്പം വികസിത സമൂഹത്തിൽ കാണുന്ന രോഗങ്ങളുടെയും പ്രാചുര്യം. സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തികാവസ്ഥക്കനുസരിച്ച് രോഗപ്രാചുര്യത്തിൽ കണ്ട തരം തിരിവും ശ്രദ്ധേയമാണ്: ഏററവും നല്ല ജീവിത സാഹചര്യമുള്ളവരായിരുന്നു താരതമ്യേന ഏററവും കൂടുതൽ രോഗവിമുക്തർ. ഇത് ഏററവും പ്രകടമായിരിക്കുന്നത് അഞ്ചു വയസ്സിൽ താഴെ പ്രായമുള്ള കുഞ്ഞുങ്ങളിലാണ്. ഈ പ്രായത്തിലെ മരണനിരക്ക് ഏററവും ധനികരിൽ 3.12/1000 ആയിരുന്നപ്പോഠം ഏററവും ദരിദ്രത്തിൽ 15.39 ആയിരുന്നു. കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന രോഗാതുരതക്ക് ഒരു പ്രധാന കാരണം സാമ്പത്തികമായ പിന്നോക്കാവസ്ഥയാണ്. ദാരിദ്ര്യ രോഗങ്ങളും അവയുടെ കെടുതികളും മാറണമെങ്കിൽ ആരോഗ്യമേഖലയിലെന്ന പോലെ അതിനു പുറത്തുമുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങഠം ആവശ്യമാണ്. ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ തന്നെ ശുദ്ധമായ കുടിവെള്ളം എത്തിക്കുക, കക്കൂസുകഠം പണിയുക, എന്നിങ്ങനെയുള്ള പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങഠംക്കായിരിക്കണം മുൻതൂക്കം. നമ്മുടെ കുടുംബങ്ങളിൽ മൂന്നിൽ രണ്ടുഭാഗവും 'ദരിദ്ര'മോ 'മിക്കവാറും ദരിദ്ര'മോ (പരിഷത്ത് സർവേ 1987) ആണെന്നിരിക്കേ, ഇവരുടെ ഭൗതിക സാഹചര്യങ്ങഠം മെച്ചപ്പെടുത്താനുതകുന്ന ഒരു വിശാലമായ വികസന പരിപാടിയാണ് ആവശ്യം. നാട്ടിൻപുറങ്ങളിൽ കൂടുതൽ തൊഴിലവസരങ്ങഠം സൃഷ്ടിക്കുക എന്നത് ഇതിലേററവും പ്രധാനമാണ്.

ചികിത്സയുടെ ചിലവും രോഗം മൂലം നഷ്ടപ്പെടുന്ന പ്രവർത്തി ദിവസങ്ങളും കണക്കിലെടുക്കുമ്പോഠം സാമ്പത്തികമായി പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്ന കുടുംബങ്ങളിൽപ്പോലും ഉണ്ടാകുന്ന നഷ്ടം ഭീമമാണ്. പക്ഷേ സർക്കാർ മേഖലയിലെ ആരോഗ്യ രക്ഷാ സംവിധാനങ്ങളുടെ വിശ്വാസ്യത പൊതുജനങ്ങളുടെ ഇടയിൽ നഷ്ടപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. സ്വകാര്യമേഖലയിൽ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങഠം വർദ്ധിച്ചു വരുന്നു. കഴിഞ്ഞ കാലങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ മേഖലയിലുണ്ടായ വികസനം പ്രധാനമായും സർക്കാർ മേഖലയിലാണുണ്ടായതെങ്കിലും ഇത് നഗരങ്ങളിലായിരുന്നു കൂടുതലും കേന്ദ്രീകരിച്ചത്. പക്ഷേ നഗരങ്ങളും ഗ്രാമങ്ങളും തമ്മിലുള്ള ഗതാഗത സൗകര്യങ്ങഠം മൂലം ഗ്രാമീണ ജനതയും ഈ വികസനത്തിൻെറ ഫലങ്ങഠം അനുഭവിച്ചു. എങ്കിൽ തന്നെയും പൊതുമേഖലയിലെ സൗകര്യങ്ങഠം കൂടുതൽ കേന്ദ്രീകരിച്ചിരിക്കുന്നത് പട്ടണ പ്രദേശങ്ങളിലാണെന്ന സത്യം അവശേഷിക്കുന്നു. ഇതിന് കുറച്ചു ശമനം

ഉണ്ടായത് നാട്ടിൻപുറങ്ങളിൽ സ്വകാര്യ വൈദ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ വളർച്ചയോടെയാണ്.

ഇനിയങ്ങോട്ട് സംസ്ഥാനത്തിന്റെ കടമ എണ്ണത്തിൽ നിന്നും ഗുണത്തിലേക്കുള്ള മാററം കുറിക്കുക എന്നതായിരിക്കണം. ഭാരതത്തിന്റെ മൊത്തത്തിലുള്ള ചിത്രം നോക്കുമ്പോൾ ജനസംഖ്യാനുപാതികമായി ആശുപത്രികളുടെയും ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെയും എണ്ണത്തിൽ നാം മികച്ചു നിൽക്കുന്നു. ഗുണകരമായ മാററങ്ങളിൽ പ്രധാനമായത് അവയുടെ വിശ്വാസ്യത ഉയർത്തുന്ന വിധത്തിലുള്ള ഒരു പുനഃസംഘടനയാണ്. ഏററവും ദരിദ്ര കുടുംബങ്ങളിൽ നിന്നു പോലും ഒരു ന്യൂനപക്ഷം (33%) മാത്രമേ ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രികളെ ആശ്രയിക്കുന്നുള്ളു എന്നുള്ള വസ്തുത നമ്മുടെ കണ്ണു തുറപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ തന്നെ പ്രതിരോധ പരിപാടികൾക്ക് വേണ്ടത്ര ശ്രദ്ധ കിട്ടുന്നില്ല. ഇന്നുള്ള ഫീൽഡ് ഉദ്യോഗസ്ഥരുടെ സേവനം മെച്ചപ്പെട്ട തരത്തിൽ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുവാൻ വേണ്ടി പദ്ധതികൾ തയ്യാറാക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ സംസ്ഥാനത്തിനുണ്ടായിട്ടുള്ള ഉന്നമനത്തിന്റെ യഥാർത്ഥ കാരണങ്ങൾ ഈ മേഖലക്കു പുറത്താണ്. അതിനാൽ തന്നെ ആരോഗ്യരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങളുടെ ആസൂത്രിതമായ ഒരു പുനഃസംഘടനകൊണ്ട് ഇനിയും ആരോഗ്യ നിലവാരത്തിൽ ഗണ്യമായ പുരോഗതിയുണ്ടാക്കാൻ നമുക്കു കഴിയും. ഭരണ സാമ്പത്തിക കാര്യങ്ങളിലുള്ള വികേന്ദ്രീകരണം ഇതിൽ പ്രധാനമാണ്. സർക്കാർ മേഖലയുടെ ശ്രദ്ധ താഴെ പറയുന്ന കാര്യങ്ങളിൽ കൂടുതൽ ഊന്നണം: (1) സാമ്പത്തികമായി പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്നവർക്കും അവികസിത പ്രദേശങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്നവർക്കും പ്രാഥമിക ആരോഗ്യരക്ഷ നൽകുക; (2) ബഹുജനങ്ങൾക്ക് രോഗപ്രതിരോധ നടപടികളും ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസവും എത്തിക്കുക; (3) കാര്യക്ഷമമായ ശുശ്രൂഷയുടെ മാതൃകകളായി സർക്കാരാശുപത്രികളെ വളർത്തിയെടുക്കുക.

കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യകാര്യങ്ങൾക്കായുള്ള ചെലവ്

സംസ്ഥാന ബഡ്ജററിന്റെ 15 ശതമാനത്തോളം കേരളം ആരോഗ്യ കാര്യങ്ങൾക്കായി ചെലവിടുന്നു. സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ വർധിച്ച സാമ്പത്തിക ഭാരം പരിഗണിക്കുമ്പോൾ ഈ ശതമാനം വളരെയൊന്നും വർധിക്കാൻ വഴി കാണുന്നില്ല. സാമ്പത്തിക കാര്യങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ നയത്തിന്റെ ഊന്നൽ വേണ്ടത് രണ്ടു കാര്യങ്ങളിലാണ്: (a) ഉള്ള വിഭവങ്ങളുടെ കാര്യക്ഷമമായ ഉപയോഗവും പാഴ്ചെലവു കുറക്കലും, (b)

സർക്കാർ ഖജനാവിൽ നിന്നല്ലാതെ പണം സ്വരൂപിക്കാനുള്ള മാർഗങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കൽ.

ആരോഗ്യമേഖലയിൽ പ്രധാനമായി രണ്ടു ധനസമ്പാദന മാർഗങ്ങളാണ് കേരളത്തിലുള്ളത്: (1) കേന്ദ്രീകൃതമായ സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങൾ—ഇവയുടെ ചെലവു മുഴുവൻ നികുതിപ്പണത്തിൽ നിന്ന് കണ്ടെത്തുന്നു; (2) സ്വകാര്യമേഖല—ഇവിടെ ഉപയോക്താവിൽ നിന്ന് ഈടാക്കുന്ന ഫീസാണ് പ്രധാനം. മെഡിക്കൽ രംഗത്ത് ഇൻഷ്യുറൻസ് അധികം പ്രചാരത്തിൽ വന്നിട്ടില്ല.

ചിത്രത്തെ സങ്കീർണ്ണമാക്കുന്നത് സർക്കാർ ഡോക്ടർമാരുടെ പ്രൈവററ് പ്രാക്ടീസാണ്. ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രികളിലെ ചികിൽസ സൗജന്യമാണെന്നാണ് സങ്കൽപമെങ്കിലും, ഫലത്തിൽ സ്വകാര്യരോഗികൾക്കു മാത്രമേ ഈ സൗകര്യങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താനാകൂ എന്നതാണ് പലയിടത്തും സ്ഥിതി. ഇതിനാൽ സർക്കാർ ബഡ്ജററിൽ ആരോഗ്യത്തിനു ചെലവിടുന്ന തുക യഥാർത്ഥത്തിൽ ചെലവാക്കുന്ന തുകയുടെ ശരിയായ ഒരു കണക്കല്ല.

എന്നിട്ടും സംസ്ഥാനത്തിൻെറ ഗാർഹിക വരുമാനത്തിൻെറയും, സർക്കാരിൻെറ മൊത്തം ചെലവിൻെറയും വളർച്ചാനിരക്കുകളെ അതിശയിക്കുന്ന വളർച്ചാനിരക്കാണ് ആരോഗ്യ മേഖലയുടെ മാത്രം ചെലവിൻേറത്. ആരോഗ്യത്തിൻെറ ഗവൺമെൻറ് ചെലവ്, സംസ്ഥാന ഗാർഹിക വരുമാനത്തിൻെറ 2—3% വരുമെന്ന് കണക്കാക്കിയിട്ടുണ്ട്. അറുപതുകളിലെയും എഴുപതുകളിലെയും കണക്കുകളെ ആധാരമാക്കിയാണ് ഇത്. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ സ്വകാര്യ പ്രാക്ടീസ് പോലെയുള്ള ആവൃത ചെലവുകളും, സ്വകാര്യമേഖലയും കൂടി കണക്കിലെടുത്താൽ, ഇതിൻെറ മൂന്നിരട്ടിയോളം വരുന്ന തുക—അതായത് ഗാർഹിക വരുമാനത്തിൻെറ 6—9 ശതമാനം വരെ—ആരോഗ്യത്തിനായി ചെലവിടുന്നുവെന്നു കാണാൻ പ്രയാസമില്ല. അമേരിക്കൻ ഐക്യനാടുകൾ പോലെയുള്ള വികസിത രാഷ്ട്രങ്ങളിലെ 11 ശതമാനത്തിൽ നിന്നും വളരെയൊന്നും പിന്നിലല്ല ഇത്. സർക്കാർ മേഖലയിൽ ആരോഗ്യത്തിനുള്ള ചെലവ് ഭാവിയിൽ വളരെയൊന്നും കൂടാൻ സാദ്ധ്യതയില്ല. പൊതുമേഖലയിലെ വിഭവ സംഭരണം ഈ രംഗത്തെ മാനേജ്മെൻറുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ മൂലധന നിക്ഷേപം, ഉപകരണങ്ങളുടെ കേടുപാടു തീർക്കൽ, ശമ്പളം, മററു ചെലവുകൾ എന്നിവയെപ്പററി വിശദമായി പഠിച്ചതിനു ശേഷമെ ഏതുവിധത്തിലുള്ള മാററവും നിർദ്ദേശിക്കാനാകൂ. എന്നാൽ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളുടെ ഭാരിച്ച ഭരണച്ചെലവും അതിനുള്ള കേന്ദ്രീകൃത സംവിധാനങ്ങളും ഒഴിവാക്കാൻ വികേന്ദ്രീകൃതമായ തദ്ദേശ മാനേജ്മെൻറ് ആശുപത്രികളിൽ ഏർപ്പെടുത്തിയാൽ സാധിക്കും.

സ്വകാര്യ മേഖലയിലെ ചിത്രം വേറെയാണ്. സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിൽ നടന്നു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഭീമമായ നിക്ഷേപം കാണിക്കുന്നത് വിഭവ സമാഹരണം ഒരു പ്രശ്നമല്ലെന്നാണ്. മറിച്ച് നല്ല ലാഭവിഹിതം പ്രതീക്ഷിക്കാവുന്ന ഒരു മേഖലയായി മാറിയിട്ടുണ്ട് ഇത്. ഇവിടെ നമ്മൾ വ്യത്യസ്തമായ ഒരു സമസ്യയിലാണ് എത്തിച്ചേരുന്നത്; അതായത് ഉപയോക്താവിനെ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നുണ്ടോ എന്നത്. കുടുംബ വരുമാനത്തിന്റെ 14 ശതമാനത്തോളം ആരോഗ്യ കാര്യങ്ങൾക്ക് നീക്കി വെക്കേണ്ടി വരുന്നുണ്ടെന്നുള്ളത് ആശാസ്യമല്ല. ഒരേ തരത്തിലുള്ള ചികിത്സക്ക് വിവിധ ആശുപത്രികൾ വളരെ വ്യത്യസ്തമായ ചാർജ് ഈടാക്കുന്നു. ഗുണനിലവും നിയന്ത്രണവും ഉത്തരവാദിത്തവും തീരെയില്ല.

ഈ കാരണങ്ങളാൽ ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ കേരളത്തിന്റെ പ്രധാന സമസ്യ, മൊത്തത്തിലുള്ള ചെലവു കുറക്കുന്നതോടൊപ്പം സർക്കാർ മേഖലയിൽ എങ്ങിനെ കൂടുതൽ വിഭവ സമാഹരണം നടത്താം എന്നുള്ളതാണ്. താഴെ പറയുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ ചർച്ച ചെയ്യപ്പെടേണ്ടതാണ്:

1 വികേന്ദ്രീകരണത്തിനും തദ്ദേശ മാനേജ്മെന്റിനും ഊന്നൽ കൊടുത്തുകൊണ്ട് ഭരണ സംവിധാനം പുതുക്കിപ്പണിയാൻ ജില്ലാ, താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ ജില്ലാ ഭരണകൂടത്തിന്റെയും പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ പഞ്ചായത്തുകളുടെയും കീഴിൽ വരേണ്ടതാണ്. തദ്ദേശ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി വികസന സമിതികൾ രൂപീകരിക്കാനും അതുവഴി വിഭവ സമാഹരണം നടത്തി ആശുപത്രികൾക്കുവേണ്ടി വിനിയോഗിക്കാനും അധികാരം നൽകേണ്ടതാണ്.,,

2 സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിയന്ത്രിതമായ നിലയിൽ ചാർജ് ഈടാക്കൽ.സർക്കാർ സംവിധാനം ഉപയോഗിക്കുന്ന ഒരു വലിയ വിഭാഗം ആളുകൾക്ക് അതിനു പണം നൽകാൻ കഴിയും. മാത്രമല്ല, സൗജന്യമായി ലഭിക്കുന്ന സേവനങ്ങളെ ദുരുപയോഗപ്പെടുത്തുന്ന പ്രവണതയും ഉണ്ട്. ചാർജ് ഈടാക്കുന്നതിന്റെ ലക്ഷ്യം ചെലവിനു പണം കണ്ടെത്തലോ ലാഭമുണ്ടാക്കലോ ആയിരിക്കരുത്: മറിച്ച്, താഴെ പറയുന്നവയായിരിക്കണം.

(a) പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ മറികടന്നു പോകുന്നതു തടയാൻ ''മറികടക്കൽ ''ഫീസ് ഈടാക്കുക: അതായത് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള നിർദ്ദേശവുമായല്ലാതെ വലിയ ആശുപത്രികളിൽ എത്തുന്നവർക്ക് ഫീസ് ഈടാക്കുക. ഇതുവഴി റെഫറൽ സമ്പ്രദായവും നടപ്പാക്കാം. പക്ഷേ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ തലത്തിൽ തന്നെ ഒട്ടുമുക്കാലും രോഗങ്ങൾക്ക് ശമനം കണ്ടെത്താനാവും എന്നു വന്നാലേ ഇതു പ്രായോഗികമാവൂ.

(b) ധനികരും സ്വാധീനമുള്ളവരും ആശുപത്രി സൗകര്യങ്ങൾ ആവശ്യത്തിലുപരി ഉപയോഗിക്കുന്നത് നിരുൽസാഹപ്പെടുത്താൻ വരുമാനത്തിനനുസരിച്ച് ചാർജുകൾ ഏർപ്പെടുത്തുക.

(c) ആശുപത്രികളിൽ ശേഖരിക്കുന്ന പണം ഉപയോഗിച്ചു സേവനത്തിൻെറ ഗുണമേന്മ വർദ്ധിപ്പിക്കുക.

എല്ലാവർക്കും ഒരേ നിരക്കിലുള്ള ചാർജുകൾ നിശ്ചയിക്കുന്നത് അസന്തുലിതമായ ഇപ്പോഴത്തെ വ്യവസ്ഥയിൽ കൂടുതൽ അസമത്വം ഉണ്ടാക്കും എന്ന് ഊന്നിപ്പറയേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. വളരെ ചുരുങ്ങിയ നിരക്കിൽ നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ള ചാർജുകൊണ്ട് സാമ്പത്തിക ശേഷിയുള്ളവർക്ക് ഉപയോഗം കുറക്കാനുള്ള പ്രേരണയുണ്ടാകുന്നില്ലെന്നു മാത്രമല്ല, തീരെ പാവപ്പെട്ടവർക്ക് അതൊരു ഭാരമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. എന്നു മാത്രമല്ല, ഗവൺമെൻറ് ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിൽ പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ, ഗർഭിണികൾക്കുള്ള ചികിൽസയും ശുശ്രൂഷയും, പ്രസവശുശ്രൂഷ, ദന്ത സംരക്ഷണം, ലഘു ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവ ജനങ്ങളുടെ അവകാശമായി കണക്കാക്കി സൗജന്യമായി ചെയ്തു കൊടുക്കേണ്ടതാണ്. ചാർജുകൾ നിശ്ചയിക്കൽ ഈ എല്ലാ വശങ്ങളും പഠിച്ചതിനു ശേഷം മാത്രമേ ആകാവൂ.

3. സർക്കാർ ആശുപത്രികൾക്ക് സ്വയം ഭരണാവകാശം: ഓരോ ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രിക്കും ഉപകരണങ്ങൾ വാങ്ങൽ, നിയമനം, പുതിയ സേവനങ്ങൾ തുടങ്ങൽ എന്നിങ്ങനെ എല്ലാ കാര്യങ്ങളിലും സ്വയം തീരുമാനത്തിനുള്ള അവകാശമുണ്ടായിരിക്കണം. ഉപയോക്താവിനു സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ സർക്കാർ—സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾ തമ്മിൽ ആരോഗ്യകരമായ ഒരു മത്സരം വേണം.

4 മുൻഗണനാക്രമം നിശ്ചയിക്കൽ : സമൂഹത്തിൻെറ ആരോഗ്യത്തിന് വളരെ പ്രധാനപ്പെട്ട രംഗങ്ങൾക്ക്—മാതൃ-ശിശുസംരക്ഷണം, പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പ്, ഗർഭിണികളുടെ ശുശ്രൂഷ, സാംക്രമിക രോഗങ്ങളുടെ നിയന്ത്രണം-എന്നിവക്ക് സർക്കാർ-സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ മുൻഗണന കൊടുക്കണം. മുൻഗണനാക്രമം ഇടക്കിടക്ക് പുതുക്കി നിശ്ചയിക്കണം. മുൻഗണനാമേഖലകളിൽ പ്രവർത്തിക്കാൻ സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് പ്രേരണ നൽകുന്ന നികുതിയിളവുകളും മററും ഏർപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

5 ആശുപത്രികൾക്ക് സാമൂഹ്യ നിയന്ത്രണം: ഇന്നത്തെ നിലക്ക് ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ, പ്രത്യേകിച്ച് സ്വകാര്യ മേഖലയിലുള്ളവയുടെ, പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് യാതൊരു പരിധിയും നിശ്ചയിച്ചിട്ടില്ല. എന്തെങ്കിലും വിധത്തിൽ സമൂഹത്തിൻെറ ചില നിയന്ത്രണങ്ങൾ

ആവശ്യമാണ്. ജില്ലാ ഭരണത്തിൻ കീഴിൽ എല്ലാ സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെയും ഭരണച്ചുമതലയുള്ളതും, സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾക്ക് ലൈസൻസ് നല്കാനും പരിശോധിക്കാനും ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പുവരുത്താനും അധികാരമുള്ളതുമായ ഒരു ജില്ലാ ആരോഗ്യബോർഡ് സ്ഥാപിക്കുക എന്നത് ചർച്ച ചെയ്യേണ്ട നിർദ്ദേശമാണ്. ഈ ബോർഡുകളിൽ പ്രവർത്തിക്കാനും, ആരോഗ്യ സംബന്ധമായ സ്ഥിതി വിവരക്കണക്കുകൾ ക്രോഡീകരിക്കാനും മററുമായി പൊതുജനാരോഗ്യ ശാസ്ത്രത്തിൽ പരിശീലനം ലഭിച്ചിട്ടുള്ളവരുടെ ഒരു നിരയെ സംസ്ഥാനം വാർത്തെടുക്കേണ്ടതുണ്ട്.

6 ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ധനശേഖരണത്തിന് സമൂഹ ഫണ്ടുകൾ, ഇൻഷുറൻസ് മുതലായ നൂതന സങ്കേതങ്ങൾ പരിശോധിച്ചു നോക്കണം. ഇന്നത്തെ നിലക്കുള്ള മെഡിക്കൽ റീ ഇമ്പഴ്സ്മെൻറിലടങ്ങിയിട്ടുള്ള പാഴ്ചെലവും അഴിമതിയും ഒഴിവാക്കിയേ മതിയാവൂ.

ആരോഗ്യരംഗത്തെ മാനവശേഷി വികസനം

കേരളത്തിൽ ഒരു വർഷം ഏകദേശം 700 ഡോക്ടർമാർ പരിശീലനം കഴിഞ്ഞു പുറത്തിറങ്ങുന്നു. ഇതിനു പുറമെ മററു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ പഠിച്ചുവരുന്ന മലയാളി ഡോക്ടർമാരും ഇവിടെ പ്രാക്ടീസ് തുടങ്ങുന്നു. നമ്മുടെ ഡോക്ടർ ജനസംഖ്യാ അനുപാതം 1/2400 എന്നതാണെന്നിരിക്കെ, മെഡിക്കൽ പരിശീലന സൗകര്യങ്ങൾ തല്ക്കാലം കൂട്ടേണ്ടതായിട്ടില്ല.മറിച്ച് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരുടെ പരിശീലനത്തിൽ കേരളത്തിലുള്ള പ്രധാന പാളിച്ച, ആവശ്യത്തിനു നഴ്സ്മാരും മററ് സ്റ്റാഫുകളും ഇല്ല എന്നുള്ളതാണ്. മുൻഗണനാടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ കുറവ് നികത്തേണ്ടതാണ്. മെഡിക്കൽ പരിശീലന രംഗത്തുള്ള അധിക പരിശീലനത്തിൻെറ ഗുണമേന്മ വർധിപ്പിക്കുന്നതിനായിരിക്കണം. പത്തു വർഷങ്ങൾക്കുമുമ്പ് വൈദ്യശുശ്രൂഷാരംഗത്തെ ഒന്നാം സ്ഥാനം മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾക്കായിരുന്നുവെങ്കിൽ, ഇന്നത് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾക്കാണ് എന്നത് നാം ഓർക്കണം. പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തിയും റെഫറൽ ഏർപ്പെടുത്തിയും മെഡിക്കൽ കോളേജുകളെ അദ്ധ്യാപനത്തിലും ഗവേഷണത്തിലും ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിക്കാൻ അനുവദിക്കണം. പ്രത്യേക വിഷയങ്ങളിൽ വിശിഷ്ടകേന്ദ്രങ്ങൾ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ വളർത്തിയെടുക്കാം. വൈദ്യവിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ ഗുണമേന്മ വർധിപ്പിക്കുന്നതിന് അവശ്യം വേണ്ട ഒരു കാര്യം മെഡിക്കൽ അദ്ധ്യാപകരുടെ സ്വകാര്യ പ്രാക്ടീസ് നിർത്തലാക്കുക എന്നതാണ്. മെഡിക്കൽ അദ്ധ്യാപകർക്ക് അർഹിക്കുന്ന രീതിയിലുള്ള ശമ്പളവും മററാനുകൂല്യങ്ങളും നൽകി ഗവേഷണത്തി

ലും പഠനത്തിലുമുള്ള താൽപര്യം പ്രോൽസാഹിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. മെഡിക്കൽ കോളേജ് തലത്തിൽ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കാനാവുമാറ് ഭരണസംവിധാനം ഉടച്ചുവാർക്കണം. കുടുംബ പ്രാക്ടീസിനെ ഒരു ഡിഗ്രി നൽകത്തക്ക വിശേഷപഠനം അർഹിക്കുന്ന വിഷയമായി വളർത്തിയെടുക്കണം.

സംസ്ഥാനത്ത് നഴ്സിങ്ങ് പഠനം മിക്കവാറും സ്വകാര്യമേഖലയിലാണ് നടക്കുന്നത്. സർക്കാർ തലത്തിൽ ഇതിനുള്ള സൗകര്യങ്ങൾ വർധിപ്പിക്കണം. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ പരിശീലനം എന്ന പേരിൽ പഠിതാക്കളുടെ സേവനം ചൂഷണം ചെയ്യുന്നതവസാനിപ്പിച്ച്, നഴ്സിങ്ങ് വിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ ഗുണമേന്മ വർധിപ്പിക്കണം. നഴ്സിങ്ങിൽ ഡിഗ്രീ കോഴ്സുകൾക്കും, ഉന്നതഡിഗ്രീ കോഴ്സുകൾക്കും സൗകര്യം ഉണ്ടാക്കണം. സംസ്ഥാനത്ത് ആക്സിലിയറി നഴ്സ് മിഡ്വൈഫ് (ANM) മാർ ആവശ്യത്തിന് ഉണ്ടെന്നിരിക്കെ, ഇവരെ പരിശീലിപ്പിക്കാനുള്ള ചില സംവിധാനങ്ങളെങ്കിലും നഴ്സിങ്ങ് പരിശീലനത്തിനായി വികസിപ്പിച്ചെടുക്കാവുന്നതാണ്.

സംസ്ഥാനത്ത് പുരുഷ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ എണ്ണത്തിൽ ന്യൂനത അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ട്, ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ (പുരുഷ ഹെൽത്ത്വർക്കർ) മാരെ പരിശീലിപ്പിക്കാനുള്ള കോഴ്സ് തുടർന്നും നടത്തണം. അവരുടെ പരിശീലനം കേരളത്തിൻെറ ആവശ്യങ്ങൾക്കുതകുന്ന രീതിയിൽ പരിഷ്ക്കരിക്കണം. രോഗം കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിനും രോഗപ്രതിരോധത്തിനും കൂടുതൽ ശ്രദ്ധ കൊടുക്കണം. പുരുഷ സൂപ്പർവൈസറി സ്റ്റാഫിനുള്ള പരിശീലന വിദ്യാലയങ്ങളും തുടങ്ങേണ്ടതാണ്.

എക്സ്റേ ടെക്നീഷ്യന്മാർ, ലാബ് ടെക്നീഷ്യന്മാർ, ഫാർമസിസ്റ്റുകൾ, മററു ടെക്നീഷ്യന്മാർ എന്നിവരുടെ കുറവും നികത്തണം. ക്ലാസ്സ് IV ജീവനക്കാരെ പരിശീലനം കൂടാതെ ജോലിക്കയററം നൽകി നഴ്സിങ്ങ് അസിസ്ററൻറുമാരാക്കുന്നതിനു പകരം, അവരെ പരിശീലിപ്പിക്കാനുള്ള നടപടികൾ എടുക്കണം. ഇതു സാധ്യമല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമുള്ള യോഗ്യതയുള്ളവരിൽ നിന്നും നേരിട്ടു നിയമനം നടത്താം.

ആയുർവേദം, ഹോമിയോ തുടങ്ങിയ ശാഖകളിൽ പരിശീലനം ഇന്ന് അവഗണിക്കപ്പെടുന്നു. ആരോഗ്യരംഗത്തെ ഈ ശാസ്ത്രങ്ങളുടെ സംഭാവനകൾ പുഷ്ടിപ്പെടുത്താൻ ഒരു സംയോജിത സമീപനം ആവശ്യമാണ്. രജിസ്ട്രേഷനു വേണ്ടിയുള്ള യോഗ്യതാ നിർണയം, അദ്ധ്യാപകരുടെ നിയമനം, എന്നിവ ഈ വിഷയങ്ങളിലെ ഉന്നതാധികാര സമിതികളുമായി ആലോചിച്ച് തീരുമാനിക്കേണ്ടതാണ്. ഈ

സമ്പ്രദായങ്ങളിലെ പാരാമെഡിക്കൽ പരിശീലനവും പരിഷ്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ സംവിധാനം

ഗ്രാമങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാന ഘടകം ഉപസെന്ററാണ്, മലമ്പ്രദേശങ്ങളിൽ 3000 ജനങ്ങൾക്ക് ഒരു സ്ത്രീ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകയും, ഒരു പുരുഷ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകനും, അല്ലാത്ത ഇടങ്ങളിൽ 5000 ജനങ്ങൾക്ക് ഓരോ പുരുഷ—സ്ത്രീ പ്രവർത്തകരും ഇപ്പോൾ ഉണ്ട്. ഇവർ മാസത്തിലൊരിക്കൽ തങ്ങളുടെ പ്രവർത്തന പരിധിയിൽ വരുന്ന എല്ലാ വീടുകളും സന്ദർശിച്ചിരിക്കണം. പക്ഷേ പല കാരണങ്ങളാലും ഇതു നടക്കുന്നില്ലെന്നു വേണം കരുതാൻ. മരുന്നുകളുടെയും ഉപകരണങ്ങളുടെയും മററും കുറവു കാരണം മിക്കവാറും ചെറുകിട അസുഖങ്ങൾക്കും പ്രതിരോധ നടപടികൾക്കും സജ്ജമായിരിക്കേണ്ട ഉപസെന്ററുകൾ ശരിയായി പ്രവർത്തിക്കുന്നില്ല. ഉപസെന്ററിന്റെ ചികിൽസാ സംവിധാനം കൂടി മെച്ചപ്പെടുത്തി ജനങ്ങളുടെ ഇടയിൽ അതിന്റെ വിശ്വാസ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമാണ്. ഇതിനാൽ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിൽ ഉപസെന്ററിന്റെ സ്ഥാനം ഉയർത്തണം.

ഓരോ പ്രദേശത്തെയും ആരോഗ്യ കാര്യങ്ങൾ അവിടവിടെത്തന്നെ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതിനു വേണ്ടി ഓരോ പഞ്ചായത്തിന്റെയും കീഴിൽ പ്രൈമറി ഹെൽത്ത് സെന്ററുകൾ ആവശ്യമാണ്. പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിലെ ഡോക്ടർ മററു ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ മേൽനോട്ടം നിർവഹിക്കണം. അദ്ദേഹത്തെ സഹായിക്കാൻ സ്ത്രീ-പുരുഷ ഹെൽത്ത് സൂപ്പർ വൈസർമാർ (ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർമാർ) വേണം. ഇപ്പോൾ നാലു ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർമാർക്ക് ഒരു പുരുഷ ഹെൽത്ത് സൂപ്പർ വൈസറും, നാലു ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നഴ്സ്മാർക്ക് ഒരു സ്ത്രീ ഹെൽത്ത് സൂപ്പർ വൈസറും ഉണ്ട്. ആസൂത്രണം ചെയ്തിരിക്കുന്നതു പോലെ 30,000 ജന സംഖ്യക്കു ഒരു പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രം ആകാമെങ്കിൽ അതിനു കീഴിലുള്ള ആറു പുരുഷ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെയും, ആറു സ്ത്രീ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെയും മേൽനോട്ടത്തിന് ഓരോ പുരുഷ-സ്ത്രീ ഹെൽത്ത് സൂപ്പർ വൈസർമാർ മതിയാകും

ആരോഗ്യ ശുശ്രൂഷാ സംവിധാനത്തിന്റെ അടുത്ത തട്ട് കമ്മ്യൂണിററി ആരോഗ്യകേന്ദ്രമാണ്. നാലു പ്രൈമറി കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് ഒരു കമ്മ്യൂണിററി കേന്ദ്രമാകാം. മെഡിസിൻ, ശിശുരോഗ വിഭാഗം, സ്ത്രീ

രോഗ വിഭാഗം, അനസ്തേഷ്യ ശസ്ത്രക്രിയാ വിഭാഗം തുടങ്ങിയ പ്രാഥമിക ചികിൽസാ വിഭാഗങ്ങളെല്ലാം തന്നെ കമ്മ്യൂണിററി ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിലുണ്ടായിരിക്കണം. ഇപ്പോഴത്തെ ബ്ളോക്ക് പ്രൈമറി ഹെൽത്ത് സെൻററുകളെ കമ്മ്യൂണിററി ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി ഉയർത്തേണ്ടതാണ്.

നഗരങ്ങളിലെ ആരോഗ്യ സംവിധാനം

സർക്കാർ മേഖലയിലെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ, ഡിസ്ട്രിക്ട് താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ തുടങ്ങി മിക്ക ചികിൽസാലയങ്ങളും നഗരങ്ങളിലോ പ്രാന്ത പ്രദേശങ്ങളിലോ ആണ്. ഇവയെല്ലാം ഹെൽത്ത് സർവീസ് ഡയറക്ടറുടെയോ, മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ ഡയറക്ടറുടെയോ കീഴിലാണ്. പക്ഷേ നഗര പ്രദേശങ്ങളിലെ പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ, ഗർഭിണികളുടെ ശുശ്രൂഷ, കുടുംബക്ഷേമ സേവനങ്ങൾ തുടങ്ങിയ പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നഗരസഭയുടെ കീഴിലാണ്. നിർഭാഗ്യവശാൽ ഇവ നന്നായി പ്രവർത്തിക്കുന്നില്ല. പ്രത്യേകിച്ച് പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകളുടെയും മററും കാര്യത്തിൽ നഗരങ്ങൾ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് മോശപ്പെട്ട പ്രവർത്തനമാണു കാഴ്ച വെക്കുന്നത്.

ഇതിൻെറ ദൂഷ്യഫലങ്ങൾ നഗരങ്ങളിലെ പാവപ്പെട്ടവരെയാണു കൂടുതൽ ബാധിക്കുക എന്നു പറയേണ്ടതില്ലല്ലോ. ഈ കാരണം കൊണ്ട് കേരളത്തിൽ ഗ്രാമങ്ങളിലെ പാവപ്പെട്ടവരുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി നഗരങ്ങളിലേതിനേക്കാൾ മെച്ചപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു.

ഈ സ്ഥിതിയിൽ നിന്നു രക്ഷനേടാനുള്ള വഴി നഗരസഭകളുടെ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തുക എന്നതാണ്. ഇതിനായി 1) നഗരസഭകളെ വിഭവ സമാഹരണത്തിന് അനുവദിക്കുക, 2) മേൽനോട്ടത്തിനും മററ് ആവശ്യങ്ങൾക്കും പരിശീലനം സിദ്ധിച്ച ആളുകളെ നിയമിക്കുക. 3) ഇടപെടൽ വേണ്ടിടത്ത് വേണ്ടവണ്ണം പ്രവർത്തിക്കാനുള്ള അധികാരം ഇവർക്കു നൽകുക എന്നിങ്ങനെയുള്ള നടപടികൾ വേണ്ടിവരും. നഗരസഭകളുടെ കീഴിലുള്ള ഹെൽത്ത് സെൻററുകളിൽ മാതൃ-ശിശു സംരക്ഷണത്തിനും കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും വേണ്ടി പുരുഷ- സ്ത്രീ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരെ നിയമിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമാണ്.

പ്രത്യേക ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ

പ്രത്യേക രോഗങ്ങൾക്കെതിരായുള്ള "ലംബ" ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ പ്രൈമറി ഹെൽത്ത് സെൻററിൻെറ പ്രവർത്തനവുമായി ബന്ധി

പ്പിച്ചിരിക്കുകയാണ്. കുഷ്ഠരോഗനിർമ്മാർജന പദ്ധതിമാത്രം വേറിട്ടുനിൽക്കുന്നു. കുഷ്ഠരോഗത്തിനെതിരായ പദ്ധതിയും പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തോടു ചേർത്തു നടത്തുവാൻ സാധിക്കും. കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ഇന്നു നൽകുന്ന പരിധി കവിഞ്ഞുള്ള ഊന്നൽ പുന:പരിശോധിക്കേണ്ടതാണ്. ജനസംഖ്യാനിയന്ത്രണം ഏറെക്കുറെ നേടിക്കഴിഞ്ഞ സംസ്ഥാനത്ത് കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ദിശ ഏതായിരിക്കണമെന്നതിനെക്കുറിച്ച് രണ്ടാമതൊരിക്കൽ കൂടി ചിന്തിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

റെഫറൽ സമ്പ്രദായം

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യരക്ഷയുടെ വലിയ ഭാഗം പ്രാഥമിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ തന്നെ നിർവഹിക്കപ്പെട്ടാലെ റെഫറൽ സമ്പ്രദായം ഭംഗിയായി നടക്കൂ.ഇതിനായി പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെയും മററു ഉപകേന്ദ്രങ്ങളുടെയും പ്രവർത്തനം ശക്തിപ്പെടുത്തണം. ശുശ്രൂഷക്ക് ഫലപ്രദമാകുന്ന വിധത്തിൽ ഈ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ മരുന്നുകളുടെയും മററും സ്റ്റോക്ക് പുതുക്കിവെക്കണം.ഈ ലക്ഷ്യം നേടിക്കഴിഞ്ഞാൽ പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളെ മറികടന്നു കൂടുതൽ വലിയ ആശുപത്രികളെ സമീപിക്കുന്നവരിൽ നിന്ന് 'മറികടക്കൽ' ചാർജ് ഈടാക്കാം.

സംസ്ഥാന ആരോഗ്യമേഖലയുടെ കാര്യക്ഷമമായ നടത്തിപ്പിനുവേണ്ടി ആധുനിക പൊതുജനാരോഗ്യ മാനേജ്മെൻറിൽ പരിശീലനം നേടിയ ഡോക്ടർമാരുടെ ഒരു ശ്രേണി സൃഷ്ടിക്കണം. ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ഭരണനിർവഹണം വയസ്സുമൂപ്പിൻെറ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മാത്രം ഏൽപിക്കുന്ന രീതി മാററണം.

ഔഷധനയം

ഔഷധങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ കേരളത്തിൻെറ സ്ഥിതി വിചിത്രമാണ്: അത്യാവശ്യ മരുന്നുകൾ പോലും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ ലഭ്യമല്ലാതിരിക്കെ,സ്വകാര്യമേഖലയിൽ അമിതമായി ഔഷധങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഔഷധമേഖലയിൽ മുൻഗണന താഴെ പറയുന്നതിനായിരിക്കണം.

(1) എല്ലാ പ്രധാന ആശുപത്രികളിലും ഫോർമുലറികൾ നിർമ്മിക്കുകയും ഔഷധ നിർദ്ദേശരീതികൾ ശാസ്ത്രീയമാക്കുകയും ചെയ്യണം.

(2) എല്ലാ തലത്തിലും അവശ്യ മരുന്നുകളുടെ ലിസ്റ്റ് പ്രസിദ്ധീകരിക്കണം. തുടർന്ന് ശാസ്ത്രീയ ചികിൽസാരീതിയെപ്പററി വിദഗ്ധരെ ബോധവൽക്കരിക്കണം.

(3) എല്ലാ തലത്തിലുള്ള സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളിലെയും മരുന്നുവാങ്ങലും മററും സുഗമമാക്കുക; മരുന്നു ചെലവു കുറക്കാൻ പലതും അതാതു സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ഉണ്ടാക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ചും ആലോചിക്കാം.

(4) സ്റ്റോക്ക് നിലവാരനിയന്ത്രണം ആധുനികവൽക്കരിക്കുക; ഇപ്പോഴത്തെ തീരെ അപര്യാപ്തമായ രീതിയിൽ പല തരത്തിലും അഴിമതി ഉണ്ടാകാനിടയുള്ളതുകൊണ്ട് കമ്പ്യൂട്ടറീകരിച്ച സ്റ്റോക്ക് നിലവാരനിയന്ത്രണം ഏർപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

(5) പൈ കമ്മററി ശുപാർശപ്രകാരം എല്ലാ അവശ്യമരുന്നുകളും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലേക്ക് എത്തിക്കത്തക്കവിധം കേരളാസ്റ്റേററ് ഡ്രഗ്സ് ആൻഡ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽസിനെ ശക്തിപ്പെടുത്തുക.

സ്വകാര്യ മേഖല

കേരളത്തിൽ ആരോഗ്യരംഗത്തെ സേവനങ്ങളുടെ ഒരു ഭീമഭാഗം സ്വകാര്യ മേഖലയാണ് ലഭ്യമാക്കുന്നതെന്നും, ഈ സേവനങ്ങൾക്കുവേണ്ടിയുള്ള ആവശ്യം വർധിച്ചുവരികയാണെന്നും മറന്നുകൊണ്ട് ഒരു ആരോഗ്യ നയരൂപീകരണം സാദ്ധ്യമല്ല. മാത്രമല്ല, സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഇല്ലാത്ത പല ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലും വൈദ്യശുശ്രൂഷക്ക് ജനങ്ങൾ സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങളെ മാത്രമാണാശ്രയിക്കുന്നത്. അടുത്ത കാലങ്ങളിലായി ഉയർന്ന മെഡിക്കൽ സങ്കേതങ്ങൾ കേരളത്തിൽ ആദ്യം എത്തിക്കുന്നത് സ്വകാര്യമേഖലയാണ്; ഇവയിൽ പലതിൻെറയും സാംഗത്യം തെളിയിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിൽകൂടി.

ഇങ്ങനെയൊക്കെയാണെങ്കിലും ആരോഗ്യ ശുശ്രൂഷാരംഗത്തെ കച്ചവട മനസ്ഥിതിയും വ്യാപാരവൽക്കരണവും വലിയൊരളവുവരെ സ്വകാര്യമേഖലയുടെ സംഭാവനയാണ്. ഉയർന്ന സാങ്കേതിക വിദ്യയുടെ പേരിൽ ഇൻറൻസീവ് കെയർ, സ്കാനിംഗ്, സിസേറിയൻ ഓപ്പറേഷനുകൾ തുടങ്ങിയ പല ചെലവേറിയ രീതികളും ആവശ്യത്തിലുപരി ഉപയോഗിക്കാൻ സ്വകാര്യമേഖല കാരണമാകുന്നു. സ്വകാര്യമേഖലയിൽ തന്നെ പലതരം സ്ഥാപനങ്ങളുണ്ടെന്നു മറന്നുകൂടാ. ചില ആശുപത്രികൾ മാനുഷിക പരിഗണനകൾ വെച്ചു മാത്രം പ്രവർത്തിക്കുന്നവയാണ്; വേറെ ചിലവക്ക് തികച്ചും കച്ചവടക്കണ്ണു മാത്രമേ ഉള്ളൂ. മിക്കവാറും ഇതിനു രണ്ടിനും ഇടക്കാണ് ഭൂരിപക്ഷത്തിൻെറയും സ്ഥാനം. സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങളെ തരം തിരിച്ചു അംഗീകാരപത്രം നൽകാൻ കഴിവുള്ള ഒരു അധികാര സ്ഥാപനം—ബോർഡോ, അതോറിററിയോ—ജില്ലാതലത്തിൽ സ്ഥാപിക്കേണ്ടതാണ്. ആശുപ

ത്രികൾ പരിശോധിക്കുക, അവിടെ ജോലി ചെയ്യുന്നവർ പരിശീലനം സിദ്ധിച്ചവരാണെന്നുറപ്പുവരുത്തുക, ഓരോ തരം ചികിത്സക്കും ആശുപത്രിയിലെ സൗകര്യമനുസരിച്ചു ഈടാക്കാവുന്ന ഏററവും കൂടിയ ചാർജ്ജുകൾ നിശ്ചയിച്ചുറപ്പിക്കുക എന്നിവയെല്ലാം ഈ ബോർഡിന്റെ ജോലിയിൽ പെടണം. ആവശ്യം ഉണ്ടോ എന്ന കർശന പരിശോധന കഴിഞ്ഞു മാത്രമേ സി. ടി. സ്കാൻ തുടങ്ങിയ ചെലവേറിയ ഉപകരണങ്ങൾ ലൈസൻസ് ചെയ്യാവൂ. കുടുംബക്ഷേമം, പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ തുടങ്ങി പല മേഖലകളിലും സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുമായി സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ഫലപ്രദമായി സഹകരിക്കാം. ഗവൺമെൻറ് സംവിധാനത്തിൽ ഏതെങ്കിലും നൂതന ചികിത്സാരീതി ലഭ്യമല്ലാത്ത പ്രദേശങ്ങളിൽ സ്വകാര്യസ്ഥാപനങ്ങൾ ഇതു തുടങ്ങാൻ പദ്ധതി ഇടുമ്പോൾ ഒരു കമ്മിററി ഉണ്ടാക്കി അവർ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ചില അർഹരായരോഗികൾക്കു കൂടി സൗജന്യമായി ഈ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കിയാലേ ലൈസൻസ് നൽകൂ എന്നു വരുന്നത് അഭികാമ്യമാണ്.

ലബോറട്ടറി സംവിധാനം

ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രികളിൽ ലബോറട്ടറി സംവിധാനം എണ്ണത്തിൽ അപര്യാപ്തമാണ്. സ്വകാര്യ ലബോറട്ടറികളാവട്ടെ, ഗുണത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ മോശപ്പെട്ട നിലവാരത്തിലുമാണ്. ചില നിശ്ചിത പരിശോധനകൾ എല്ലാ ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രികളിലും ചെയ്യാൻ സംവിധാനമുണ്ടായിരിക്കണം. ഇത് സ്ഥാപനത്തിന്റെ നിലവാരമനുസരിച്ച് വർദ്ധിപ്പിക്കാം. വളരെ ഉയർന്ന സാങ്കേതികവിദ്യ ആവശ്യമായിട്ടുള്ള പരിശോധനകൾ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ലഭ്യമായിരിക്കണം. ഗവൺമെൻറ് ആശുപത്രികളിൽ എമർജൻസി പരിശോധനകൾ എല്ലാ സമയത്തും നടത്താൻ സാധിക്കണം. സ്വകാര്യ ലബോറട്ടറികൾക്ക് അംഗീകാരപത്രം കൊടുക്കാൻ സംവിധാനങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കണം; ഇടക്കിടക്ക് അവയുടെ ഗുണമേൻമ പരിശോധിക്കുകയും വേണം. അവയുടെ സേവനങ്ങളുടെ നിലവാരമനുസരിച്ച് തരം തിരിക്കുകയുമാവാം. നമ്മുടെ ജനസംഖ്യയിൽ കാണുന്ന നോർമൽ സൂചികകളെക്കുറിച്ചു ഗവേഷണം നടത്തുകയും വേണം.

ജലവിതരണം

കേരളത്തിൽ ഭൂരിഭാഗം വീടുകളും കിണറുകളെ ആശ്രയിച്ച് വെള്ളം എടുക്കുന്നു എന്നാണ് സർവേകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. നിർഭാഗ്യവശാൽ കിണർ വെള്ളത്തിന്റെ ഗുണവും മററും പരിശോധിക്കാൻ

മിക്ക സ്ഥലങ്ങളിലും ഏർപ്പാടില്ല. ഈ ആവശ്യത്തിന് തൃപ്തിയായ പരിഹാരം കാണാൻ ആരോഗ്യ വകുപ്പിനോ, ജല അതോറിട്ടിക്കോ സാധിച്ചിട്ടില്ല. പൊതു ജലവിതരണ സംരംഭങ്ങൾക്കൊക്കെ ശുദ്ധീകരണ സംവിധാനം വേണം. സ്വകാര്യ വ്യക്തികൾക്ക് വെള്ളത്തിന്റെ ഗുണമേന്മ പരിശോധിച്ച് തൃപ്തിപ്പെടാൻ വേണ്ട സൗകര്യം മിതമായ നിരക്കിൽ ലഭ്യമായിരിക്കണം. വേനൽക്കാലത്ത് കുടിവെള്ളം ദുർലഭമാകുന്ന പ്രദേശങ്ങളിൽ അത് എത്തിച്ചു കൊടുക്കാനുള്ള ഏർപ്പാടുണ്ടാക്കണം.

കക്കൂസ്

കേരളത്തിലെ ഗ്രാമങ്ങളിൽ 50 ശതമാനത്തോളം വീടുകൾക്ക് കക്കൂസ് ഉണ്ടെന്നു കണക്കാക്കിയിരിക്കുന്നു. ഇവയിൽ 34 ശതമാനത്തോളം ശരിയായ സാനിററി കക്കൂസുകൾ ആണ്. നഗരങ്ങളിൽ കക്കൂസുള്ള വീടുകളുടെ എണ്ണം കൂടുതലായിരിക്കും. നഗരങ്ങളിലും ഗ്രാമങ്ങളിലും ഏററവും പാവപ്പെട്ടവർക്കാണ് ഈ സൗകര്യം ഏററവും കുറവ്. ജനസാന്ദ്രത ഏററവും കൂടിയ തീര പ്രദേശങ്ങളിൽ ഇത് ഏററവും ശരിയാണ്. വേനൽക്കാലത്തെ ജല ദൗർലഭ്യം പ്രശ്നം കൂടുതൽ സങ്കീർണമാക്കുന്നു. ഈ സ്ഥലങ്ങൾക്കു വേണ്ടുന്ന രീതിയിലുള്ള കക്കൂസുകൾ രൂപകല്പന ചെയ്യാനും പണിയാനും അതിനുള്ള പണം സ്വരൂപിക്കാനും കഠിന ശ്രമം നടത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. കേരളത്തിൽ പല സ്ഥലങ്ങളിലും ജനങ്ങളുടെ ഭാഗത്തു നിന്നും ആവശ്യം ഉയർന്നു വന്നിട്ടും കക്കൂസുകൾ കെട്ടിക്കൊടുക്കുവാനുള്ള പണം ഗവൺമെൻറിന് കണ്ടെത്താൻ കഴിയുന്നില്ല. ഇതിന് നൂതന പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

സ്കൂൾ ഉച്ചഭക്ഷണവും പോഷകാഹാര പരിപാടികളും

പോഷകാഹാരക്കുറവുകൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന രോഗങ്ങൾ താരതമ്യേന കുറവാണെങ്കിലും ഊർജത്തിന്റെ പ്രതിശീർഷ ലഭ്യത ഏററവും കുറവായ സംസ്ഥാനങ്ങളിലൊന്നാണ് കേരളം. കേരളം പുറത്തു നിന്നു വന്നെത്തുന്ന ഭക്ഷ്യധാന്യങ്ങളെ ആശ്രയിച്ചാണ് ആഹാരാവശ്യങ്ങൾ നിറവേററുന്നത്. ഇതിനാൽ സംസ്ഥാനത്തിനകത്ത് ഭക്ഷ്യധാന്യങ്ങളുടെയും പച്ചക്കറികളുടെയും ഉൽപാദനം കഴിയുന്നത്ര വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനു മുൻഗണന കൊടുക്കണം. ഇതുമൂലം ഭക്ഷ്യധാന്യങ്ങളുടെ വില പിടിച്ചു നിർത്താൻ കഴിയും.

ആറു വയസ്സുവരെയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് 300 കലോറി ഊർജവും 8-12 ഗ്രാം മാംസ്യവും ഗർഭിണികൾക്കും മുലയൂട്ടുന്ന അമ്മമാർക്കും 500 കലോറി ഊർജവും 25 ഗ്രാം മാംസ്യവും ദിവസേന ലഭ്യമാക്കുന്നതാണ് ICDS പോലെയുള്ള പദ്ധതികൾ. ഇതു കൂടാതെയാണ് സ്കൂളുകളിലെ ഉച്ചഭക്ഷണ പദ്ധതി. അർഹതയുള്ളവർക്കു മാത്രം ഉച്ചഭക്ഷണം കൊടുക്കുന്നതാണ് സ്കൂൾ പദ്ധതികളിൽ ഉത്തമം. തദ്ദേശ ലഭ്യമായ പച്ചക്കറികളും മററും പാകം ചെയ്തു കൊടുക്കുന്നതാണ് മറുനാട്ടിൽ നിന്നു ഇറക്കുമതി ചെയ്ത ആഹാരസാധനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനേക്കാൾ നല്ലത്. ബഹുജനപങ്കാളിത്തത്തിനു ധാരാളം വകയുള്ള പദ്ധതിയാണ് സ്കൂൾ ഉച്ചഭക്ഷണ പദ്ധതി.

മററു ചികിൽസാ പദ്ധതികൾ

പാശ്ചാത്യ വൈദ്യമല്ലാത്ത മററു ചികിൽസാ രീതികളെയും ധാരാളമായി ജനങ്ങൾ ആശ്രയിക്കുന്നുണ്ട്. ആയുർവേദം, ഹോമിയോ, യൂനാനി, സിദ്ധവൈദ്യം, പ്രകൃതി ചികിൽസ തുടങ്ങിയവയെല്ലാം ഇതിൽപെടും. ഇവയെല്ലാം ജനങ്ങളുടെ ഒരു ആവശ്യമാണ് നിറവേററുന്നതെന്നു വ്യക്തമാണ്. ഇതിനാൽ എല്ലാരീതികളെയും പ്രോൽസാഹിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ജനങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമുള്ളിടത്തോളം സർക്കാർ മേഖലയിലും സ്വകാര്യമേഖലയിലും എല്ലാ രീതികളും ലഭ്യമായിരിക്കണം. എന്നാൽ ആരോഗ്യ നയരൂപീകരണത്തിൻെറ പരമോന്നത ലക്ഷ്യങ്ങളായ മുഴുവൻ കുഞ്ഞുങ്ങളെയും പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പിനു വിധേയരാക്കൽ, അവശ്യമരുന്നുകൾ ലഭ്യമാക്കൽ, പ്രാഥമികാരോഗ്യരക്ഷ എത്തിച്ചു കൊടുക്കൽ എന്നിവക്ക് വിഘാതം വരുത്തുവാൻ ഈ പ്രോൽസാഹനം കാരണമാകരുത്. വ്യത്യസ്ത ചികിത്സാ രീതികളുടെ കാര്യക്ഷമത, മരുന്നുകളുടെ ഗുണനിലവാരം എന്നിവയെപ്പററി ഗവേഷണ പഠനങ്ങൾ ആരംഭിക്കുകയും വേണം.

ഗവൺമെൻീതര ഏജൻസികൾ

കേരളത്തിൽ ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഗവൺമെൻറിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായ ഏജൻസികൾക്ക് ചില പ്രധാന കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യാനുണ്ട്. ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, ജനങ്ങളെ ആരോഗ്യ പദ്ധതികളിലേക്കാകർഷിക്കൽ തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങളിൽ അവരുടെ പങ്ക് വലുതാണ്. വൈദ്യശുശ്രൂഷാരംഗത്തെ സാമൂഹ്യ നിയന്ത്രണത്തിലും അവരെ പങ്കെടുപ്പിക്കാൻ കഴിയും.

ആരോഗ്യസംബന്ധമായ വിവരങ്ങളും ആരോഗ്യ മാനേജ്മെൻറും

കേരളത്തിലെ ആധുനിക ചികിത്സാരംഗത്ത് തികച്ചും അവഗണിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന ചില വശങ്ങളാണ് വിവര ശേഖരണവും മാനേജ്മെൻറും. സാംക്രമികവും അല്ലാത്തതുമായ രോഗങ്ങളുടെ കണക്കുകൾ കൃത്യമായി ശേഖരിച്ച് പ്രകാശിപ്പിക്കണം. ഇതിൽ രോഗങ്ങളുടെ കണക്കു മാത്രമല്ല, ആശുപത്രികിടക്കകൾ, ഉപയോഗം, രോഗത്തിൽ കാലക്രമേണ വരുന്ന വ്യതിയാനങ്ങൾ, സങ്കീർണതകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കണക്കുകളും വേണം. ആശുപത്രികളുടെ പ്രത്യേക സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ചും ചാർജുകളെക്കുറിച്ചും പ്രത്യേക പരിശോധനകളുടെ ലഭ്യതയെക്കുറിച്ചും മററും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കേണ്ടതാണ്. ഈ കണക്കുകൾ വെച്ചുകൊണ്ട് ആരോഗ്യ പ്ലാനിങ് ശാസ്ത്രീയമായി ചെയ്യാൻ കഴിയും. ഇതിനു വേണ്ടി നാഷനൽ സാമ്പിൾ സർവേയുടെ മാതൃകയിൽ ഒരേജൻസി സംസ്ഥാനത്തിനുണ്ടായിരിക്കണം. പ്ലാനിങ് ബോർഡ്, ഇക്കണോമിക്സ്—സ്ററാററിസ്ററിക്സ് വിഭാഗം എന്നിവർ ശേഖരിക്കുന്ന സ്ഥിതിവിവര കണക്കുകളുടെ കൂടെ ഇവയും ഉപയോഗപ്പെടുത്താം. ഈ വിഷയത്തിൽ നടത്തുന്ന നിക്ഷേപത്തിനു ശരിയായ പ്രയോജനമുണ്ടാകും. ഇതോടു കൂടിത്തന്നെ ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുന്ന ഓഫീസർമാർക്കും മററും ശരിയായ മാനേജ്മെൻറ് ട്രെയിനിങ് നൽകി ആരോഗ്യ മാനേജ്മെൻറ് ഒരു ശാസ്ത്രീയ തലത്തിലേക്കുയർത്തണം. ഇപ്പോൾ ഐ. എം. ജി. ഈ വഴിക്കു ചില ശ്രമങ്ങൾ നടത്തുന്നുണ്ടെങ്കിലും ഫലപ്രദമെന്നു പറഞ്ഞുകൂടാ. എപ്പിഡെമിയോളജി, ആരോഗ്യ സാമ്പത്തിക ശാസ്ത്രം, പോളിസി വിശകലനം, എന്നീ മേഖലകളിൽ പഠന ഗവേഷണങ്ങൾ നടത്താൻ ഒരു സ്ഥാപനം സംസ്ഥാനത്തുണ്ടായാൽ ഉത്തമമായിരിക്കും. ഈ സ്ഥാപനത്തിനു തന്നെ സ്ഥിതി വിവരക്കണക്കുകളുടെ ശേഖരണത്തിന്റെ മേൽനോട്ടവും വഹിക്കാം.